

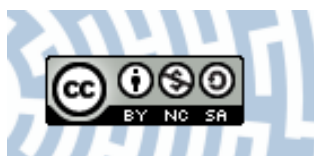


**You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Orofacjologopedia

Author: Danuta Pluta-Wojciechowska

Citation style: Pluta-Wojciechowska Danuta. (2019). Orofacjologopedia. „Logopedia” (T. 48, [nr] 1, 2019, s. 137-157), DOI:10.24335/cpcp-1933



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Na tych samych warunkach - Licencja ta pozwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz tak długo jak utwory zależne będą również obejmowane tą samą licencją.



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA

Uniwersytet Śląski w Katowicach
Zakład Socjolingwistyki i Społecznych Praktyk Komunikowania

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0425-6006>

Orofacjologopedia

Orofacial Speech Therapy

STRESZCZENIE

Autorka przedstawia motywacje, które skłoniły ją do zaproponowania nazwy – „orofacjologopedia” – dla pewnej grupy zaburzeń mowy związanych z wadliwą budową i/lub funkcją obwodowych narządów mowy. Opisuje przedmiot orofacjologopedii, a również wskazuje na najważniejsze problemy związane z badaniami tego wycinka logopedii. Przypomina także różne kryteria wyodrębnienia innych specjalności logopedycznych, co staje się tłem dla podejmowanych rozważań. Wskazuje na korzyści płynące z nazwania charakterystycznych objawów i przyczyn zaburzeń związanych z anomaliami anatomicznymi i dysfunkcjami czynności prymarnych, a także parafunkcjami związanymi z przestrzenią orofacjalną. Odnosi się też do niewystarczającego kształcenia logopedycznego w zakresie dyslalii, jakie jest obecne w niektórych uczelniach wyższych w Polsce.

Słowa kluczowe: wady wymowy, dyslalia obwodowa, dyslalia anatomiczna, dyslalia funkcjonalna, orofacjologopedia, diagnoza wad wymowy, terapia wad wymowy, kształcenie logopedyczne.

SUMMARY

The author presents the motivation that prompted her to propose the name – orofacial speech therapy – for a certain group of speech defects connected with imperfect structure and/or function of the peripheral speech organs. In the following article the subject of orofacial speech therapy is described and the most relevant problems connected with the research in this segment of speech therapy are indicated. One also reminds of various criteria of distinguishing other segments related to speech therapy, which becomes the background for the undertaken issues. She also points to the advantages coming from the fact that we give names to the characteristic symptoms and causes of defects within anatomical anomalies and disfunctions of the primary activities as well as

parafunctions within orofacial space. This aspect refers to insufficient education for speech therapists within dislalia – which can be observed at some universities in Poland.

Key words: speech defects, peripheral dislalia, anatomical dislalia, functional dislalia, orofacial speech therapy, diagnosis of speech disorders, therapy of speech disorders, speech therapy education

WPROWADZENIE

Polska logopedia przeżywa rozkwit, co znajduje odzwierciedlenie w znacznej liczbie prac naukowych o tematyce związanej z postępowaniem logopedycznym na poziomie doktoratu czy habilitacji (Bednarek 2019¹). Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat zmieniał się przedmiot logopedii, co może wydawać się zjawiskiem nie tyle oryginalnym, ile raczej interesującym ze względów poznawczych. Transformacja przedmiotu logopedii była i – jak sądzę – nadal może okazać się konieczna ze względu na zmieniającą się rzeczywistość naukową i zmieniający się świat, co odnajdujemy chociażby w ujęciu przedmiotu i zadań logopedii, a także definicji mowy, jaką przedstawili Leon Kaczmarek (1981; 1988) i Stanisław Grabias (1997; 2008; 2012). Wymownie na temat redefinicji przedmiotu logopedii pisze Mirosław Michalik, wskazując, że „nie należy wykluczać, iż aktualnie obowiązująca definicja ma charakter tymczasowy. Oczywiście tymczasowość nie implikuje pojęcia prowizoryczności” (Michalik 2015, s. 42–43).

Logopedia jako nauka posiada zatem niezwykle cechę, a mianowicie zdolność do pewnego poszerzania czy też dopasowywania swojego przedmiotu zainteresowań do zmieniającej się rzeczywistości. Dopasowanie nie oznacza rezygnacji z wcześniej ustalonych priorytetów, oznacza raczej inne rozłożenie akcentów, nowe oświetlenie istoty zainteresowań logopedii oraz rozszerzenie pola badań naukowych i działalności praktycznej. Bieżące dopełnianie przestrzeni badawczej logopedii jest stałą cechą rozwoju tej dyscypliny, obserwowaną w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Dowodem takiej tezy jest funkcjonowanie w przestrzeni naukowej i praktycznej różnych specjalności, które rodziły się i/lub krystalizowały jako odpowiedź środowiska naukowego na zmieniające się potrzeby społeczne związane z mową i jej zaburzeniami. Ilustracją tego zagadnienia może być wyodrębnienie się logopedii medialnej czy w ostatnich latach gerontologopedii (Milewski 2014; Pluta-Wojciechowska 2014ab; Tłokiński, Milewski, Kaczorowska-Bray 2018).

Naukowcy tworzą i wprowadzają nowe terminy lub proponują nieco odmienne znaczenia znanych słów. Dlaczego tak się dzieje? Odpowiedź na tak postawione pytanie może być następująca: naukowcy, badając pewien wycinek rze-

¹ P. Bednarek w pracy magisterskiej przedstawiła analizę liczby i tematyki prac magisterskich pisanych na wybranych uczelniach wyższych na wydziałach filologicznych, podejmujących tematykę logopedyczną lub oscylującą wokół tematyki logopedycznej.

czywistości, odkrywają nowe zjawiska, nowe cechy poznawanych przedmiotów i zjawisk oraz – co istotne – pragną nadać im syntetyczną nazwę po to, aby nowa wiedza stała się przedmiotem rozważań, dyskusji, myślenia, analiz, syntez, aby – można wręcz wskazać – zaczęła funkcjonować w umysłach badaczy i innych użytkowników języka. Taka postawa wpisuje się i wprost wynika z tezy J.G. Herdera o tym, że „język wyznacza granice i zarys całego ludzkiego poznania”. Komentując wprowadzenie nowych terminów dla oznaczenia występujących zjawisk podczas ontogenezy czynności prymarnych, pisałam: „Jeśli czegoś, co zostało odkryte, nie nazwiemy, to nie istnieje TO w umysłach innych tak, jak wtedy, gdy to COŚ zostanie nazwane za pomocą języka, a zatem zostaną wyznaczone jasne granice danej kategorii pojęciowej. Wtedy nowe pojęcie może stać się przedmiotem nowych i aktywnych analiz, syntez, porównań, zestawień i może być nadal rozwijane, a jednocześnie służy lepszemu wyjaśnieniu trudnych zagadnień” (Pluta-Wojciechowska 2013, s. 41). W interesujący sposób na ten temat pisze T. Hołówka: „[...] nauka jest kontynuacją zdrowego rozsądku. Wychodzi przecież od potocznych spostrzeżeń, a nawet dzieli z Szarym Człowiekiem niektóre wstępne założenia [...] i niektóre procedury, [a] myślenie właściwe nauce to ujęte w karby myślenie potoczne” (Hołówka 1986, s. 53).

Zarysowane powyżej tło jest wstępem dla prezentacji założeń związanych z propozycją wyodrębnienia w logopedii skądinąd znanego obszaru działalności diagnostyczno-terapeutycznej i nadania mu nazwy, którą proponuję – orofacjologopedia. Wydaje się to naturalną konsekwencją nie tylko znacznej frekwencji zaburzeń wymowy o etiologii orofacjalnej, ale także dotychczasowego dorobku naukowców i praktyków zajmujących się diagnozą i terapią wad wymowy związanych z przestrzenią ustno-twarzową (zob. *Przedmiot orofacjologopedii*). Przygotowane opracowanie przedstawia motywacje, które skłoniły mnie do zaproponowania nowej nazwy, a także opisuje przedmiot orofacjologopedii, jak również najważniejsze problemy związane z badaniami w obrębie tej specjalności logopedycznej oraz kształceniem.

MOTYWACJA

Przystępując do prezentacji uzasadnień, które skłoniły mnie do zaproponowania nazwy dla pewnego ważnego wycinka pracy logopedycznej, chcę przywołać stanowiska różnych badaczy odnoszące się do znaczenia „językowego oświetlania sceny”. Czy wprowadzanie nazw dla różnych zjawisk ma znaczenie? Tak, ponieważ – zgodnie z tezą Herdera, o której była mowa powyżej – język wyznacza granice naszego poznania. Jeśli przyjmiemy, że myślimy za pomocą słów, to wyznaczenie językowej etykiety dla badanego zjawiska (mającej charakter syntetyczny) jednocześnie stwarza dogodny punkt wyjścia dla refleksji nauko-

wej (np. różnicowanie zaburzeń), a nazwane zjawisko aktywnie i efektywnie żyje w dyskursie i myślach badaczy, którzy zajmują się danym zagadnieniem. Wyodrębnianie i nazywanie części jakiejś nauki ma zatem głębokie uzasadnienie poznawcze oraz ma związek ze stale rozwijającą się wiedzą płynącą z różnych dyscyplin. Potwierdzeniem takiej tezy są właśnie wyodrębniające się i nazywane mniej lub bardziej obszerne specjalności logopedyczne, np. onkologopedia czy gerontologopedia.

Ważnym wątkiem uzasadniającym wprowadzenie nowej nazwy jest popularność zaburzenia mowy, które jest przedmiotem zainteresowania orofacjologopedii. Ogólnie można w tym miejscu wskazać, że jej przedmiotem zainteresowań są zaburzenia realizacji fonemów wynikające z anomalii anatomicznych narządów mowy, takich jak ankyloglosja, wada zgryzu, makroglosja, mikroglosja, wysokie podniebienie twarde, zaburzenia układu adenoidanego i/lub zaburzenia czynności prymarnych.

Chociaż trudno przedstawić najnowsze badania odzwierciedlające częstość zaburzeń mowy z kategorii orofacjologopedii, to zarówno doświadczenie praktyczne, jak i relacje logopedów, a także niektóre badania wskazują na najwyższą frekwencję tych zaburzeń wśród innych. Co więcej, zaburzenia te mogą towarzyszyć innym, np. autyzmowi, opóźnionemu rozwojowi mowy, jękanii, niedokształceniu mowy o typie afazji (zob. badania: Michalak-Widera 2004; Ostapiuk 2015; Węsierska 2014; Pluta-Wojciechowska 2019; Sambor 2017).

O SPECJALNOŚCIACH LOGOPEDYCZNYCH I KRYTERIACH ICH WYODRĘBNIANIA

Kierując się kryterium związanym z poziomem zaawansowania rozwoju kompetencji i sprawności językowych oraz komunikacyjnych, S. Grabias wyróżnia dwa działy logopedii, mianowicie: 1. Teorię i praktykę narastających kompetencji oraz sprawności językowych i komunikacyjnych – profilaktyka logopedyczna, 2. Teorię i praktykę zaburzonych kompetencji oraz sprawności językowych i komunikacyjnych – zaburzenia mowy (Grabias 2015).

Jeśli uwzględnić inne kryteria podziału, np. rodzaj czynnika patogennego, istotę objawu czy wreszcie wybrane – ze względu na jakąś przyjętą perspektywę analizy – cechy grupy osób, które mają być podmiotem postępowania logopedycznego, można wyodrębniać inne działy logopedii. Wpływ na takie zjawisko ma nie tylko rozwój logopedii, ale przede wszystkim – co się z tym wiąże – reagowanie logopedów i logopedii na coraz jaśniej wyrażane przez społeczeństwo potrzeby, ale także zmiany cywilizacyjne, doniesienia płynące z medycyny czy psycholingwistyki, a także analizy dotychczasowego stanu refleksji teorii i praktyki logopedycznej.

Stąd nie dziwi to, że wraz z rozwojem logopedii powstały różne działy tej dyscypliny. Są to np. neurologopedia, surdologopedia, balbutologopedia, oligofrenologopedia, logopedia artystyczna czy też logopedia medialna, wczesna interwencja logopedyczna, onkologopedia, gerontologopedia. Wyodrębnienie – przykładowo wymienionych – działów wiąże się z uwzględnieniem różnych kryteriów analizy materii logopedycznej czy też – używając innych słów – z odmiennym „oświeceniem” pewnych zagadnień. Ma to związek z koncepcją figury i tła, o której pisze np. R. Langacker (1993).

Jeśli kryterium podziału staną się przyczyny zaburzeń mowy, to możemy wydzielić neurologopedię, surdologopedię, oligofrenologopedię, onkologopedię. Wyodrębnienie gerontologopedii wiąże się generalnie z „oświeceniem” wieku podmiotu oddziaływań logopedycznych, z kolei wydzielenie balbutologopedii – z podkreśleniem specyfiki pewnej klasy objawów zaburzeń mowy.

Interesującym działem jest wczesna interwencja logopedyczna, gdzie u podstaw wydzielenia tego obszaru jest kryterium wieku i związanej z nim podatności na działania stymulujące, wspierające i korygujące. Takie rozumienie zakresu wczesnej interwencji okazuje się jednak zbyt wąskie, jeśli uświadomimy sobie znaczenie wcześniej podejmowanych działań pomocowych w przypadku osób starszych i starzejących się, a nazywanych także osobami w wieku senioralnym.

Z kolei wyłonienie się logopedii medialnej czy też logopedii artystycznej ma związek z potrzebami osób, które ze względu na rodzaj pracy lub prowadzonej innej działalności publicznej pragną uzyskać wzorcową wymowę i głos.

Analiza przedmiotu zainteresowań – przykładowo wymienionych – subdyscyplin logopedii skłania do refleksji, że nie są one ostro wyodrębnione, gdyż zakresy niektórych z nich – mówiąc metaforycznie – zachodzą na siebie. Ma to związek z różną perspektywą wyodrębnienia się danego obszaru. Przykładem takiej sytuacji jest wyróżnienie gerontologopedii i neurologopedii. Zwróćmy uwagę, że wiele osób ujętych jako pacjenci z zakresu gerontologopedii będzie jednocześnie można zakwalifikować jako osoby, których zaburzenia mowy mieszczą się w kategorii „neurologopedia” czy – w pewnych przypadkach – „balbutologopedia”.

WYODRĘBNIANIE RÓŻNYCH OBSZARÓW WIEDZY LOGOPEDYCZNEJ – ZAMIŁOWANIE DO PORZĄDKU CZY ZWRÓCENIE UWAGI NA BADANY OBSZAR?

Wyodrębnianie różnych obszarów wiedzy logopedycznej można komentować w kontekście zjawiska kategoryzacji, która na przestrzeni dziejów, także lingwistyki, była w różny sposób rozumiana. Znajdujemy to chociażby w klasycznej kategoryzacji świata, jaką przedstawił Arystoteles; jego klasyfikacja opiera

się na uwzględnianiu cech koniecznych i wystarczających. Inny sposób pojmowania świata i zjawisk przedstawiła E. Rosch (1977; 1978), która zaproponowała koncepcję prototypowej organizacji kategorii, co w znaczący sposób wpłynęło m.in. na rozwój lingwistyki. Ten wątek jedynie zaznaczam, a nie omawiam go, gdyż przekracza to ramy nakreślonego tematu publikacji. Jednakże przywołane różne sposoby kategoryzacji świata i zjawisk (także zjawisk logopedycznych) mogą ułatwić znalezienie pewnego klucza dla wyodrębnionych subkategorii logopedii, które nie zawsze mają charakter rozłączny.

Dlaczego człowiek pragnie sklasyfikować pewne zjawiska świata, także związanego z logopedią? Analizując literaturę dotyczącą kategoryzacji, zwracam uwagę na słowa K. Krzeszewskiego, który komentując różne sposoby porządkowania zjawisk, pisze o zamiłowaniu człowieka do porządku (1988, s. 11). Z kolei R. Langacker – jeden z przedstawicieli lingwistyki kognitywnej – opracowuje koncepcję figury i tła (1995, s. 14–15, zob. ujęcie tego zagadnienia w psychologii), która staje się sposobem komentowania pewnej klasy zjawisk związanych z „budowaniem językowej sceny”. Za pomocą figury i tła człowiek pewien aspekt tworzonej wypowiedzi może oświetlić, a inny pozostawić w cieniu. W ten sposób uwzględnienie figury i tła staje się jednym z językowych narzędzi, które umożliwiają realizację intencji. Przedstawione pokrótce relacje i płynące z nich korzyści poznawcze można odnieść do zjawisk logopedycznych, w tym diagnozy i terapii.

Skutki wyodrębniania różnych obszarów wiedzy logopedycznej, profilowanych ze względu na rozmaite perspektywy, o których była mowa we wstępie opracowania, mogą być/są zatem różne. Wydaje się, że podstawową korzyścią wynikającą z wyodrębnienia jakiegoś obszaru wiedzy logopedycznej i nadania mu nazwy jest zwrócenie uwagi – logopedom, specjalistom i pacjentom – na oświetlony w nowy sposób obszar diagnozy i terapii logopedycznej.

Kolejna korzyść wiąże się – jak sądzę – z pobudkami o charakterze poznawczym. Mogą one łączyć się ze znaczną frekwencją określonego zaburzenia czy też z zainteresowaniami naukowymi badacza, który dostrzega konieczność zwrócenia uwagi na daną grupę zaburzeń, wskazania na konieczność precyzyjniejszego poznawania specyfiki pracy z osobami, których zaburzenia mowy są przedmiotem badań w poszczególnych dziedzinach, np. w gerontologopedii czy orofacjologopedii, lub też – co podkreślam – w celu stworzenia podstaw diagnozy i terapii różnicowej.

Takie „oświetlanie” pewnego wyimka wiedzy logopedycznej i powiązanych z nią umiejętności praktycznych, które funkcjonują w różnych relacjach z innymi zaburzeniami mowy, umożliwia pełniejsze zdobywanie wiedzy i umiejętności efektywniejszej diagnozy i terapii. Dzieje się tak, gdyż kategoryzacja zjawisk jest jedną z ważniejszych metod poznawczych (zob. np. Rosch 1977; 1978; Kurcz

2000; Taylor 2001). Jednakże – co należy podkreślić – przyjęte podziały uwzględniają swoistego rodzaju krzyżowanie się różnych ścieżek diagnozy i terapii, a niektóre z wydzielonych obszarów wiedzy „zachodzą na siebie”.

ORTOFACJOLOGOPEDIA

O motywacjach i korzyściach wyodrębnienia i nazwania określonej kategorii zaburzeń mowy

Od 32 lat jestem praktykującym logopedą, który znaczną część swojej aktywności praktycznej i naukowej poświęcił zaburzeniom realizacji fonemów o etiologii obwodowej. Na przestrzeni lat obserwowałam, jak zmienia się logopedia, jak co jakiś czas logopedzi wyodrębniają pewne obszary zaburzeń mowy i nadają im nazwę. Jednocześnie obserwowałam funkcjonujące z większym lub mniejszym nasileniem zjawisko związane z dyslalią, które napawa mnie zdziwieniem i pewną refleksją. Wydaje się – a nie można tego wykluczyć – że dyslalia bywa spostrzegana w kategoriach prostego czy też mniej ważnego zaburzenia mowy, gdyż „narusza jedynie” wymowę. Nie można wykluczyć, że niewyrażona *expressis verbis* teza brzmi – *Są ciężkie zaburzenia mowy, takie jak autyzm, oligofazja, afazja itp., gdyż zmieniają życie człowieka w kilku sferach – poznawczej, komunikacyjnej i społecznej. A zatem dyslalia to proste zaburzenie mowy.* Autyzm czy afazja zmieniają różne sfery życia człowieka i dlatego są niezwykle dotkliwymi dla pacjenta zaburzeniami mowy. Niektórzy określają ten typ zaburzeń mowy – ciężkimi. Jednakże z tej tezy wcale nie wynika, że dyslalia to proste zaburzenie mowy, łatwe w diagnozie i terapii. Co więcej, wśród pacjentów z dyslalią obserwuje się i takich, którzy wręcz cierpią z powodu występującej wady wymowy, unikają rozmów, nie realizują swoich marzeń zawodowych. Ważne jest też wskazanie, że u osób z zaburzeniami typu autyzm, alalia, jąkanie, oligofazja, niedosłuch również mogą występować anomalie anatomiczne narządów mowy i dysfunkcje czynności prymarnych. Będą to zatem osoby z zaburzeniami wielopłaszczyznowymi (Pluta-Wojciechowska 2019, s. 171–176; zob. badania L. Konopskiej dotyczące osób z mową bezdźwięczną 2015). Pytanie pojawia się jednak następujące: czy i w jaki sposób stwierdzone zaburzenia z kategorii orofacjalnych wpływają na efektywność terapii logopedycznej, w różnym zakresie modyfikując jej efekt w przypadku zaburzeń wielopłaszczyznowych? Niestety brak jest dokładnych danych na ten temat. Prowadzone przeze mnie badania oraz praktyka pokazują, że osoby z zaburzeniami wielopłaszczyznowymi nie zawsze mają rozpoznaną np. ankyloglosję, zaburzenia czynności prymarnych (Pluta-Wojciechowska 2019, s. 171–176).

Gdy dodamy do powyższych uwag kolejną, która wiąże się z funkcjonującymi od kilkudziesięciu lat niektórymi propozycjami prowadzenia diagnozy i tera-

pii dyslalii (np. słuchowa ocena wymowy, kategoryzacja wad wymowy w ujęciu Kani 1967; 1975; tzw. nieprzekraczalne reguły metodyczne zalecane podczas terapii dyslalii – np. Demel 1978, s. 52; Rodak 1992, s. 35–36), to w umysłach studentów, młodych logopedów oraz – co spostrzegam ze zdumieniem – niektórych specjalistów zajmujących się innymi zaburzeniami mowy niż dyslalia (np. jąkaniem, autyzmem, alalią) może powstawać refleksja/powstaje refleksja, że dyslalia to proste zaburzenie mowy – łatwe w diagnozie i terapii. Takie spostrzeżenie umieszczam na tle analizy różnorodnych publikacji – często o charakterze poradnikowym – popularyzujących od lat niesprawdzone w badaniach naukowych metody terapii w przypadku dyslalii. Obszerną analizę tego stanu rzeczy przedstawiłam w książce *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań* (2019).

Mam też w pamięci moje rozmowy na temat zaburzeń wymowy, jakie od lat prowadzę z prof. Barbarą Ostapiuk, a od kilku z dr Barbarą Sambor na temat konieczności popularyzowania najnowszej wiedzy na temat zaburzeń obwodowych. Jestem głęboko przekonana, że nadanie nazwy (jako efektu czynności poznawczych związanych m.in. z różnicowaniem zaburzeń) „orofacjologopedia” dla zaburzeń artykulacji warunkowanych anatomicznie i/lub czynnościowo (zob. typologię dyslalii w ujęciu Emiluty-Rozyi 2015) przyniesie wiele korzyści:

- 1) zwrócenie uwagi na tę klasę zaburzeń, które występują bardzo często w formie izolowanej, a także w postaci sprzężonej (zob. Pluta-Wojciechowska 2013; 2019; Sambor 2017),
- 2) ułatwienie gromadzenia wiedzy płynącej z różnych dziedzin – ortodoncji, laryngologii, audiologii, chirurgii, logopedii, fizjoterapii, psychologii – na temat zaburzeń mowy, o których mowa,
- 3) przyczynienie się do interdyscyplinarnego traktowania zaburzeń mowy związanych z orofacjologopedią,
- 4) ułatwienie autorom planów i programów logopedii opracowanie odpowiednich treści kształcenia.

Zespół orofacjalny

Zespół ustno-twarzowy czy też – używając innej nazwy – *przestrzeń orofacjalna* jest niezwykle częścią organizmu człowieka. Dzieje się tak dlatego, gdyż w tym obszarze przebiegają różne czynności – biologiczne i związane z komunikacją. Przestrzeń orofacjalna jest miejscem zabezpieczającym: 1) inicjację niezbędnych dla życia człowieka procesów biologicznych, np. oddychania i przyjmowania pokarmów, a także 2) komunikację werbalną i niewerbalną, mając na myśli aspekt wykonawczy w przypadku komunikacji werbalnej. Z natury rzeczy w omawianym obszarze krzyżują się ścieżki rozwojowe różnych czynności, co

skłania do refleksji, że natura – jeśli możemy ją spersonifikować – jest w pewnym sensie ekonomiczna. Jednakże ta cecha zespołu ustno-twarzowego jest jednocześnie – dla niektórych osób – powodem różnych komplikacji, np. trudności w przyjmowaniu pokarmów, wad zgryzu, wad wymowy, co w efekcie może utrudniać lub uniemożliwiać realizację planów życiowych i funkcjonowanie społeczne.

Twarzą i wbudowanym w nią narządem żucia interesują się różne dyscypliny naukowe, np. ortodoncja, neurologia, laryngologia, antropometria, chirurgia, fizjoterapia, ale także psychologia czy logopedia. Terminy „zespół ustno-twarzowy”, „kompleks ustno-twarzowy”, „zespół orofacjalny”, „zespół twarzowo-szczękowy”, „przestrzeń orofacjalna” nawiązują w pewnym zakresie do funkcjonującego w stomatologii pojęcia „układ stomatognatyczny”. Termin ten ma charakter morfologiczno-czynnościowy, a w jego skład wchodzi: kości szczęki i żuchwa wraz z zębami oraz stawy skroniowo-żuchwowe, układ mięśniowo-nerwowy, ośrodki koordynujące centralnego układu nerwowego. Można zatem przyjąć, że pojęcie to ujmuje jako odrębną całość wszystkie tkanki i narządy biorące udział we wstępnej fazie przyjmowania pokarmów, ale nie tylko, o czym będzie mowa w dalszej części opracowania.

Logopedia jest dyscypliną, która integruje wiedzę o dysfunkcjach mowy płynącą z różnych dyscyplin naukowych, ale tworzy też własną interpretację stwierdzonych zaburzeń mowy. Stąd nie dziwi, że właśnie w logopedii pojawił się termin „czynności prymarne” (Pluta-Wojciechowska 2011), które odbywają się w zespole orofacjalnym. Termin ten został zdefiniowany przeze mnie w 2011 roku. Pojęcie to nie jest ozdobnikiem stylistycznym, ale wiąże się z jednej strony z listą czynności prymarnych, z drugiej zaś jest koncepcją, która zakłada (a potwierdzają to badania, np. Hiiemae, Palmer 2003; Serrurier i in. 2012; Pluta-Wojciechowska 2013; 2019; Sambor 2015; 2017; Malicka 2014; 2019; zob. badania i komentarze Konopskiej na temat wad wymowy u osób z wadami zgryzu 2002; 2006) związki pomiędzy różnymi czynnościami prymarnymi, a także pomiędzy czynnościami prymarnymi a artykulacją oraz budową anatomiczną narządów mowy. Z niepokojem obserwuję jednak, że niektórzy autorzy, używając terminu „czynności prymarne”, nieprawidłowo go definiują i uznają, że chodzi tylko o jedzenie i oddychanie. To nie jest zgodne z intencją, która przyświecała mi podczas tworzenia koncepcji czynności prymarnych, prowadzić też może czytelnika do niepełnej lub wręcz fałszywej wiedzy na temat zespołu orofacjalnego i związanych z nim funkcji.

Jak pokazują badania i wiedza płynąca z ortodoncji, fizjoterapii, pediatrii, neurologii, laryngologii, logopedii, kostne i mięśniowe struktury związane z kompleksem ustno-twarzowym, w tym w szczególności mięśnie twarzy, jamy ustnej, jamy nosowej, gardła, a także przetyk, w różnym zakresie są wykorzystywane przez człowieka do rozmaitych czynności, a mianowicie, takich jak:

1. Czynności prymarne:

- odruchowe reakcje oralne,
- oddychanie fizjologiczne oraz oddychanie podczas zwiększonego wysiłku fizycznego,
- przyjmowanie pokarmów i picie,
- sensoryka orofacjalna, czyli 1) odczuwanie w jamie ustnej takich doznań, jak faktura, smak i temperatura pokarmów oraz cech różnych innych przedmiotów wkładanych do jamy ustnej, czyli sensoryka jamy ustnej, ale także 2) odczuwanie wrażeń zmysłowych na powierzchni twarzy,
- układanie głowy podczas snu, leżenia, siedzenia, chodzenia, noszenia małego dziecka na rękach i karmienia,
- autostymulacja, autobadanie, autoeksperymentowanie i autozabawy orofacjalne,
- mimika twarzy,
- czynności o charakterze fizjologicznym, często odruchowe, np. ziewanie, kasłanie, chrapanie, kichanie, czkawka,
- uruchamiane w toku rozwoju (u niektórych dzieci) niekorzystne nawyki dotyczące narządu żucia, czyli tzw. parafunkcje, a w moim ujęciu niepokarmowe ssanie, niepokarmowe obgryzanie,
- wyrażanie uczuć, np. uśmiech, pocałunek, którego rodowodu należy szukać w czynnościach pokarmowych.

2. Czynność sekundarna:

- artykulacja (Pluta-Wojciechowska 2011, s. 128; 2013; 2017; 2019).

Czynności orofacjalne obserwowane w okresie postnatalnym nie pojawiają się w życiu dziecka w sposób nagły. Są efektem procesów rozwojowych, uruchomionych już w okresie prenatalnym, w którym są tworzone podwaliny dla czynności występujących w okresie postnatalnym, także dla mowy. Istotne są także doświadczenia z okresu perinatalnego. Zwróćmy uwagę, że dla prawidłowego rozwoju wszystkich czynności dotyczących twarzy, jamy ustnej i jamy nosowej potrzebny jest nie tylko odpowiedni rozwój struktur, ale także transformacja dotycząca ruchomości mięśni oraz czucia. Podkreślmy również, że czynności zespołu orofacjalnego są ze sobą w różnym zakresie powiązane. Tworzą dynamiczny system, strukturę czy wręcz mechanizm, którego każdy element (czynność, narząd) jest ważny i wpływa pośrednio lub bezpośrednio na inne. Nieprawidłowy przebieg rozwoju jednej z wyodrębnionych czynności prymarnych zmienia warunki rozwoju innych czynności, a także artykulacji. Stąd w diagnozie przyczyn zaburzeń wymowy o etiologii anatomicznej i/lub funkcjonalnej (czasem powiązanych z zaburzeniami słuchu fizjologicznego, np. w przypadku przerostu migdałka gardłowego) należy poszukiwać przyczyn zaburzeń, nie tylko badając budowę anatomiczną narządów mowy, ale również czynności prymarne i analizując

powiązania pomiędzy nimi. Co więcej, w określaniu patomechanizmu zaburzeń wymowy konieczne jest uwzględnianie także następujących tez, które odnajdujemy w ortodoncji: *struktura warunkuje funkcję*, ale również *nieprawidłowo przebiegająca funkcja może wpływać na rozwój strukturalny przestrzeni orofacjalnej*.

Przedmiot orofacjologopedii

Przedmiotem zainteresowań orofacjologopedii są zaburzenia realizacji foneków – w aspekcie diagnozy i terapii logopedycznej – wynikające z anomalii anatomicznych obwodowych narządów mowy, takich jak ankyloglosja, wada zgryzu, makroglosja, mikroglosja, wysokie podniebienie twarde, zaburzenia układu adenoidalnego i/lub zaburzenia czynności prymarnych. Przyczyny wad wymowy odnoszą się zatem do zespołu orofacjalnego.

Być może należy powiększyć obszar zainteresowań orofacjologopedii o zaburzenia mowy związane np. z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego czy też w przypadku pacjentów z częściową resekcją języka, przetrwałymi odruchami orofacjalnymi. Jednakże patomechanizm zaburzeń mowy w tych typach dysfunkcji jest bardziej skomplikowany niż w przypadku ankyloglosji czy dysfunkcji oddychania warunkowanego zaburzeniami układu adenoidalnego lub niedrożnością nosa w przypadku alergii. Problem zakresu zainteresowań orofacjologopedii pozostawiam do dyskusji. Być może należy jej przedmiot ująć szeroko i w jej obrębie wyodrębnić jeszcze węższe zakresy, co umożliwi precyzyjne różnicowanie zaburzeń w aspekcie diagnozy i terapii.

Przeprowadzona analiza² wykazała, że termin „orofacjologopedia” nie jest obecny na stronach internetowych, ale odnajdujemy przykładowo następujące hasła: *orofacjalne zaburzenia mowy*, *sfera orofacjalna*, *terapia orofacjalna*, *obszar orofacjalny*, *odruchy orofacjalne*. Strony anglojęzyczne – podobnie jak polskie – uwzględniają termin „orofacial” w różnych kontekstach, np. *orofacial dyskinesia*, *orofacial cleft*, *orofacial myofunctional therapy*. A zatem termin „orofacjologopedia” ma szansę integrować wiedzę związaną z różną perspektywą analizy przestrzeni ustno-twarzowej.

Orofacjologopedia a inne wyodrębnione obszary w logopedii

Poniższa część opracowania ma służyć refleksji związanej z relacją orofacjologopedii do innych wyodrębnionych działów logopedii. Jak pokazuje doświadczenie (brak dokładnych badań na ten temat), wadliwa wymowa o etiologii orofacjalnej może towarzyszyć innym zaburzeniom mowy typu autyzm, alalia, jąkanie,

² Przeprowadzona 23 sierpnia 2019 roku.

afazja, znaczny niedosłuch, w różny sposób wpływając na efekty terapii (Pluta-Wojciechowska 2019). Nie jest moim zamierzeniem postulować, że w przypadku np. autyzmu najważniejsza jest wymowa. Nie zamierzam również twierdzić odwrotnie i formułować tezy, że w przypadku alalii wynikającej z zaburzeń słuchu fonemowego należy skupić się wyłącznie na ćwiczeniach procesów percepcyjnych, a warunki anatomiczne i czynnościowe pomijać. Pragnę jedynie wskazać, że w przypadku każdego pacjenta z zaburzeniami mowy należy przeprowadzić pełną diagnozę (niekoniecznie na pierwszej wizycie), a cele terapii formułować w zależności od pacjenta, stale ważąc, co jest ważniejsze – rozwój kompetencji czy sprawności.

Najnowsze badania warunków anatomicznych i czynnościowych przeprowadzone wśród dzieci z zaburzeniami typu autyzm, zespół Aspergera, jąkanie, mutyzm, opóźniony rozwój mowy o różnej etiologii wykazały, że u prawie wszystkich badanych osób występowały anomalie anatomiczne w obrębie przestrzeni orofacjalnej i/lub zaburzenia czynności prymarnych. Grupa badawcza liczyła 35 osób w wieku od 18 miesięcy do 16. roku życia, a ocena warunków anatomicznych i czynnościowych przestrzeni ustno-twarzowej miała charakter konsultacji. Dzieci przychodziły do gabinetu z ustaloną diagnozą zaburzenia podstawowego, np. autyzm, jąkanie (więcej Pluta-Wojciechowska 2019).

Przeprowadzona analiza wyników badań pokazała, że z wyjątkiem jednego dziecka u wszystkich występowały – wśród innych – takie formy zaburzeń artykulacji, które ze względu na występujące nienormatywne cechy fonetyczne nie miały charakteru rozwojowego. Do takich cech należały: międzyzębowość, dorsalność, niesymetryczne ułożenie języka i niesymetryczny przepływ powietrza, dyswibracyjność w postaci tworzenia głaski dorsalnej o typie półotwartej. Cechy te w mojej ocenie wynikały z nieprawidłowych warunków anatomiczno-czynnościowych narządów mowy, które odkryłam w toku badania. Do najczęstszych nieprawidłowych warunków anatomicznych i/lub czynnościowych należały: ankyloglosja (65,7%), dysfunkcja oddychania (57,1%), dysfunkcja połykania (54,3%), wady zgryzu (48,6%), nieprawidłowe odgryzanie i/lub gryzienie i żucie (34,3%). Co ciekawe, wielu rodziców badanych dzieci było zdumionych moim rozpoznaniem, które dotyczyło występowania u dziecka np. ankyloglosji. Rodzice komentowali tę sytuację w sposób następujący: „Przecież chodzę do logopedy. Nic mi nie mówiono, że trzeba przeciąć wędzidełko języka”.

O tym, że zaburzenia typu orofacjalnego są powszechne świadczą także trudności w zbieraniu grupy badawczej bez anomalii anatomicznych i czynnościowych narządów mowy, których doświadczyła Barbara Sambor, prowadząc badania realizacji fonemów wśród studentów szkół teatralnych (2015; 2017). Podobne trudności towarzyszyły Izabeli Malickiej (2019), która oceniała wymowę dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym z dysfunkcją oddychania (trud-

no było odnaleźć grupę dzieci z dysfunkcją oddychania, ale np. z prawidłowym wędzidełkiem języka). Myślę, że analogicznych jak Barbara Sambor trudności doświadczyła Aneta Lorenc (2016), prowadząc badania wymowy polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej. Chociaż częstość występowania nienormalnych warunków anatomicznych i/lub czynnościowych w populacji polskiej z pewnością wymaga gruntownych badań, jednak już teraz – na podstawie przeprowadzonych analiz – można ostrożnie stwierdzić, że logopeda będzie miał do czynienia – w przypadku każdego zaburzenia – raczej z pacjentem z nieprawidłowymi warunkami anatomicznymi i/lub obwodowymi niż z osobą o warunkach prawidłowych.

O badaniach w orofacjologopedii

Badania z zakresu orofacjologopedii obejmują 2 kategorie zjawisk: 1) diagnozę, czyli opis objawu zaburzeń wymowy oraz warunków anatomicznych i czynnościowych narządów mowy (a także innych w zależności od zaburzenia), 2) projektowanie i prowadzenie terapii zaburzeń o charakterze orofacjalnym.

W aspekcie diagnozy na pozór wydawać się może, że rozpoznanie kategorii zaburzenia jest zadaniem prostym do wykonania. Nie jest tak jednak, gdyż brakuje w polskiej (a myślę, że podobnie jest w logopedii światowej) logopedii jednolitych standardów badania wymowy oraz warunków anatomicznych i czynnościowych narządów mowy. Taka sytuacja komplikuje porównywanie wyników badań. Jeszcze trudniej jest znaleźć tożsame metody oceny wymowy i np. długości wędzidełka języka w przypadku badań prowadzonych przez logopedów i ortodontów, por. wyniki badań długości wędzidełka języka, które prowadziły: Ostapiuk (2013; 2015), Konopska (2006, 2015); Pluta-Wojciechowska (2013; 2019), Sambor (2016; 2017), Grudziąż-Sękowska, Olczak-Kowalczyk, Zadurska (2018).

Istotną kwestią w projektowaniu przyszłych badań ma zatem przyjęcie jednolitych standardów oceny np. długości wędzidełka języka, połykania, wymowy. Jak różne mogą być przyjęte kryteria, niech świadczą badania prowadzone przez np. J. Grudziąż-Sękowską, D. Olczak-Kowalczyk, M. Zadurską (2018). Autorki oceniały artykulację oraz warunki anatomiczne i czynnościowe u 300 dzieci w wieku 7–10 lat i stworzyły algorytm dotyczący diagnozy czynników ryzyka wad wymowy. Jednakże nie informują, jak oceniały i jak proponują oceniać takie czynniki, jak np. długość wędzidełka języka, połykanie (a także wymowę). A zatem trudno porównywać wyniki badań autorek z własnymi. O przyjęciu przez badaczki odmiennego (pytanie – jakiego?) sposobu oceny długości wędzidełka języka świadczą wyniki oceny tej cechy w badanej grupie, które są sprzeczne z doniesieniami np. B. Ostapiuk, D. Pluty-Wojciechowskiej i B. Sam-

bor. Ostatnie z wymienionych autorek przyjęły jasne kryteria oceny wędzidełka języka (test Ostapiuk 2005, 2013) i wykazały znacznie wyższy współczynnik występowania ankyloglosji (Ostapiuk 2015; Pluta-Wojciechowska 2013; 2019; Sambor 2016; 2017) niż J. Grudziąż-Sękowska, D. Olczak-Kowalczyk, M. Zadzurska (2018). Zauważmy także, że Autorki algorytmu odkryły w toku badań jedynie „przetrwały niemowlęcy typ połykania”, co budzi zdumienie, gdyż badania B. Sambor (2015; 2017), I. Malickiej (2017) i moje (2013; 2019) wykazały również inne odbiegające od normy typy wadliwego połykania, np. dorsalne. Opisana pokrótce sytuacja najprawdopodobniej ma związek z różnymi metodami oceny połykania.

Przyjęty zakres opracowania nie pozwala na obszerną analizę wszystkich metod oceny wymowy oraz warunków anatomicznych i czynnościowych, jakie są obecne w polskiej logopedii. Zainteresowany czytelnik odnajdzie analizę tego problemu w monografii *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań* (Pluta-Wojciechowska 2019). Można jednak sformułować następujące ogólne wnioski płynące z analizy polskich publikacji z zakresu dyslalii, a mianowicie:

1. Każdy z badaczy wniósł oryginalny wkład w rozwój polskiej logopedii, w tym teorii i metodyki dyslalii, co podkreślam, chociaż z poglądami niektórych badaczy prowadzę polemikę (np. Pluta-Wojciechowska 2013; 2017; 2019; zob. Ostapiuk 1997; 2013; Sambor 2016; 2017).
2. Od końca lat 90. ubiegłego wieku powoli zmienia się podejście do diagnozy wad wymowy – w miejsce wskazywania ilości wadliwych głosek (np. Kaczmarek 1988; zob. opracowanie Sołtys-Chmielowicz 1977) czy nazw typu lełanie, kekanie, seplenienie, rotacyzm badacze proponują oceniać każdą cechę fonetyczną i określać nienormatywną realizację fonemu w postaci wskazania istoty nienormatywnej cechy fonetycznej badanej głoski, np. dorsalność, dyswibracyjność (Ostapiuk 1997; 2013; Konopska 2002; 2006; 2015; Pluta-Wojciechowska 2002; 2006; 2008; 2013; 2019; Sambor 2015; 2016; 2017). Badacze wskazują na słuchowo-wzrokową, a nawet słuchowo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalną ocenę wymowy, którą przeciwstawiają jedynie ocenie słuchowej. Interesują się również stosunkiem dźwiękowej realizacji fonemu do jego cech dystynktywnych.
3. Polska logopedia od kilkunastu lat posiada spójną teorię dyslalii. Wyrasta ona z fundamentalnych podstaw lingwistycznych i tworzy metodologiczną kanwę badania zaburzeń realizacji fonemów, której początek łączę z ważną publikacją B. Ostapiuk w 1997. Autorka przedstawiła odmienną od dotychczasowej typologię dyslalii, która uwzględniła rodzaj wadliwej cechy fonetycznej występującej w badanej realizacji fonemu

i wskazała na konieczność słuchowo-wzrokowej oceny wymowy (zob. późniejsze publikacje autorki 2002; 2013ab, a także opracowania innych badaczy dyslalii, np. Konopska 2002; 2006; 2015; Pluta-Wojciechowska 2006; 2010; 2013; 2017; Sambor 2015; 2016; 2017; Malicka 2019; więcej analiz – Pluta-Wojciechowska 2019). Stosowanie wskazanego paradygmatu badania wymowy stawia jednak przed logopedą wysokie wymagania, które dotyczą gruntownej znajomości systemu fonemowo-fonetycznego, podstaw fizjologii artykulacji oraz patofonetyki (zob. podrozdział: *O kształceniu w zakresie dyslalii*).

Kolejna perspektywa badań w orofacjologopedii ma związek z oceną warunków anatomicznych i czynnościowych. Tu również nie ma jednolitej myśli i logopedzi w różny sposób oceniają język, jego budowę i sprawność, a także czynności prymarne. Jednakże, co warto podkreślić, liczba badanych elementów przestrzeni orofacjalnej jest większa niż kilkanaście czy kilkadziesiąt lat temu, np. do praktyki logopedycznej wprowadzono ocenę stawu skroniowo-żuchwowego, a kierowanie pacjentów na konsultacje z fizjoterapeutą staje się coraz popularniejsze. To ważne osiągnięcia polskiej logopedii.

Za ważny problem polskiej orofacjologopedii (ten problem dotyczy także krajów obcojęzycznych, zob. analizę tego zagadnienia Pluta-Wojciechowska 2019) uważam generalny brak badań efektywności terapii logopedycznej, która od kilkudziesięciu lat jest opisywana w rozmaitych poradnikach i opracowaniach. Co więcej, niektórzy autorzy wyrażają stanowcze uwagi na temat nieprzekraczalności pewnych metod pracy, np. rozpoczynanie terapii od głoski szczelinowej bezdźwięcznej w przypadku zaburzeń realizacji fonemów dentalizowanych czy prowadzenie nieartykulacyjnych ćwiczeń narządów mowy (NĆNM) typu kierowanie napiętego czubka języka do nosa, grot, koci grzbiet, wywoływanie głoski w izolacji i następnie wprowadzanie jej do nagłosu, wygłosu i śródgłosu sylab, i – co istotne – nie przedstawiają żadnych badań efektywności terapii za pomocą zalecanych metod. Do wyjątków należą badania B. Ostapiuk (2013) dotyczące efektywności terapii w przypadku ankyloglosji oraz badania Moniki Łuszczuk, dotyczące realizacji systemu fonologicznego polszczyzny u dzieci z zaburzeniami artykulacji szeregow głosok dentalizowanych przy zastosowaniu terapii z wykorzystaniem trenera Myo T4K (2012).

W monografii z 2019 roku przedstawiłam pierwsze w Polsce badania efektywności terapii dyslalii za pomocą Strategicznej metody usprawniania realizacji fonemów (SMURF) i związanej z nią Fizjologicznej terapii miofunkcjonalnej (FTM), która jest jedną z możliwych wersji terapii miofunkcjonalnej znanej od lat w ortodoncji. SMURF i FTM okazały się skutecznymi metodami terapii w przypadku pacjentów z dyslalią anatomiczną i/lub czynnościową, co zostało udowodnione w badaniach prowadzonych w odniesieniu do 69 osób od 3. do 40. roku

życia. Analizy (wiele z nich z wykorzystaniem testów statystycznych) dotyczyły m.in. motywacji pacjentów lub ich opiekunów do podjęcia terapii, wcześniejsze korzystanie z terapii logopedycznej, korzystanie z wielospecjalistycznych konsultacji (np. z fizjoterapeutą, ortodontą, laryngologiem), dynamiki normowania wybranych czynności prymarnych (np. inicjacji pozycji wertykalno-horyzontalnej języka, inicjacji pozycji spoczynkowej podczas oddychania, inicjacji połykania dojrzałego), likwidowania parafunkcji, a także dynamiki zmian fonetycznych, jakości i metodyki wywoływania głosek, ścieżki przekształceń fonetycznych podczas wywoływania nowych dźwięków mowy. Niestety wyników prowadzonych badań nie można porównać z innymi, gdyż w Polsce (i na świecie) podobnych badań nie prowadzono. Obszerna relacja z badań skuteczności terapii przekracza ramy niniejszego opracowania, stąd zainteresowanych czytelników odsyłam do książki (2019).

Praca nad monografią – oprócz relacji z badań empirycznych – wiązała się też z pewną syntezą dotyczącą stanu polskiej i światowej refleksji na temat dyslalii anatomicznej i/lub funkcjonalnej. W monografii zaprezentowałam rozważania na temat transformacji diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów w przypadku dyslalii obwodowej. Sformułowałam zmiany w sposobie diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów w postaci antynomii, a mianowicie:

- od typologii ilościowych i interpretacji wad wymowy za pomocą określeń „substytucja” i „deformacja” do opisu nienormatywnych cech fonetycznych uporządkowanych w system oparty na fonetyce i tworzenia teorii dyslalii,
- od słuchowej oceny wymowy do badania za pomocą słuchu, wzroku, dotyku i przeprowadzania eksperymentów w celu obiektywizacji własnej oceny,
- od nieprzekraczalnych reguł metodycznych do myślenia strategicznego uwzględniającego indywidualne możliwości pacjenta,
- od terapii tradycyjnej opartej na nieprzekraczalnych regułach metodycznych stosowanych do wszystkich pacjentów do terapii opartej na myśleniu strategicznym, które umożliwia dopasowanie pomocy logopedycznej do indywidualnych możliwości człowieka (Pluta-Wojciechowska 2019, s. 97–98).

Polskiej orofacjologopedii jest potrzebna dyskusja w gronie specjalistów, która dotyczyłaby ujednolicenia standardów diagnozy i terapii. Adwersarz takiej tezy zada pytanie: czy jest to możliwe i konieczne? Sformułuję jednak inne pytanie, a mianowicie: czy funkcjonujące od lat niesprawdzone w badaniach naukowych metody terapii nie powinny zostać zweryfikowane, aby spełnić nie tylko postulat „praktyki opartej na dowodach” (Evidence Based Practice E-BP – w wolnym tłumaczeniu „praktyka oparta na dowodach”), ale przede wszystkim by pacjent otrzymywał najlepszą pomoc podczas terapii, a nie zestaw przypadkowych ćwiczeń. Spotkanie nauki i praktyki w logopedii jest koniecznością. Polska logopedia – mówiąc metaforycznie – wchodzi przecież w etap dojrzałości.

O kształceniu w zakresie dyslalii

Współcześnie w Polsce w badaniach naukowych oraz w praktyce logopedycznej funkcjonują dwie koncepcje dyslalii. Jedna związana jest z tzw. tradycyjnym ujęciem dyslalii, którego podstawę tworzą: koncepcja wad wymowy J.T. Kani z początków lat 60. ubiegłego wieku, słuchowa metoda oceny wymowy oraz – wywodzące się głównie z intuicji i doświadczeń praktycznych – metody i techniki terapii wadliwej wymowy. Jej przedstawicielami są m.in. A. Sołtys-Chmielowicz, H. Rodak, I. Styczek, G. Demel, J. Stasiak.

Druga, odmienna koncepcja dyslalii pojawiła się z końcem ubiegłego wieku – w 1997 roku ukazał się w „Audiofonologii” kluczowy dla rozwoju nowej koncepcji dyslalii artykuł B. Ostapiuk, a także kolejne publikacje autorki, jak również badania i opracowania L. Konopskiej, D. Pluty-Wojciechowskiej, B. Sambor, I. Malickiej, M. Stecewicz, L. Halczy-Kowalik, J. Trzaskalik, które uwzględniają propozycję autorki. Istotne różnice w podejściu do wadliwej wymowy w tej koncepcji dotyczą: metody badania dźwiękowych realizacji fonemów (nie tylko słuchowa ocena brzmienia), sposobu opisu wadliwej wymowy według niepożądanych cech w realizacjach fonemów (np. dorsalność, dysmedialność czy – w innym ujęciu – dyslokacja zamiast seplenienie, reranie itd.) oraz ich porządkowania według klas niepożądanych zjawisk (nie tylko substytucja, elizja, deformacja), poznawania mechanizmów powstawania niepożądanych cech w odniesieniu do konkretnych przyczyn (np. dorsalność w doprzedniej wadzie zgryzu a dorsalność w ankyloglosji) i – co najważniejsze – dążenia do terapii objawowo-przyczynowej (skuteczniejszej niż objawowa). Z moich (i nie tylko moich) licznych kontaktów z logopedami z różnych rejonów Polski wynika, że ta koncepcja, obecna w polskiej logopedii od ponad 20 lat (więc już nie tak „nowa”), najczęściej jest im po prostu w ogóle nieznana. Dla czego? Czy to możliwe, że nauczyciele akademicki nie znają odmiennej od J.T. Kani koncepcji dyslalii czy też są inne powody przekazywania studentom wybranej perspektywy ujęcia wad wymowy (czyli ujęcia tradycyjnego)? Jest oczywiste, że obowiązkiem wykładowcy jest rzetelne przygotowanie studentów/słuchaczy do prowadzenia diagnozy i terapii dyslalii, co oznacza – w kontekście prowadzonych rozważań – konieczność przekazania im różnych ujęć dyslalii, a nie tylko koncepcji Kani. Istotne jest także ukazanie w toku kształcenia wątków polemicznych bądź krytycznych.

Czy opisana sytuacja związana z kształceniem w zakresie wad wymowy może jednak zaskakiwać, jeśli weźmiemy pod uwagę ważną publikację J. Stasiak na temat dyslalii (tu nazwanej dysglosją) zawartej w ważnym opracowaniu *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* z 2015 roku?

Autorka pisze: „Klasyczną i wydaje się najpowszechniej stosowaną, choć też mającą swoje słabe punkty (niedającą odpowiedzi na wiele wątpliwych realizacji), jest propozycja J.T. Kani, zawierająca kryteria opisu

realizacji jednostek inwentarza fonemów języka polskiego (opis osi paradygmatycznej języka) oraz zasad fonetyczno-fonologicznej struktury wyrazu (opis zniekształceń osi syntagmatycznej)” (Stasiak 2015, s. 231, podkr. D.P.-W.), komentując przy tym zdawkowo, że: „Inne propozycje opisu znajdzie Czytelnik w pracach: B. Ostapiuk (2008), L. Konopskiej (2006), D. Pluty-Wojciechowskiej (2011) czy A. Lorenc (2015, s. 112–143)” (Stasiak 2015, s. 231). Nie znajdujemy w tym opracowaniu, choćby ogólnego, porównania obu sposobów myślenia o dyslalii, wyjaśnienia, na czym polegają „słabe punkty” propozycji Kani, dlaczego jego koncepcja nie daje „odpowiedzi na wiele wątpliwych realizacji”, czy „inne propozycje” wyjaśniają jakieś wątpliwości lepiej, czy tylko utrudniają zadanie. Zaskakujący jest również argument, jaki został zastosowany przez autorkę do zniwelowania minusów koncepcji Kani: choć ma słabe strony – jest klasyczna i najpowszechniej stosowana. Trudno uznać, że za „wyższością” jakiegóż koncepcji przemawiać może częstość jej stosowania. Czy czytelnik – zwłaszcza dopiero poznający podstawy logopedycznej myśli – może samodzielnie rozwikłać, jakie są „słabe punkty” ujęcia J.T. Kani, czytając opublikowane w tej samej wieloautorskiej monografii opracowania B. Ostapiuk, L. Konopskiej, D. Pluty-Wojciechowskiej, M. Stecewicz i L. Halczy-Kowalik, które osadzają swoje badania w innym („nowym”) paradygmacie badawczym?

Autorka nie odnosi się też do terminologii związanej z zaburzeniami realizacji fonemów, która uwzględnia z jednej strony pojęcie „dyslalia”, z drugiej zaś „dysglosja”. Oczekiwać należałoby, że opracowanie autorki będzie pełniło funkcję swoistej nadbudowy dla treści dotyczących generalnie wad wymowy. Argument popularności ujęcia J.T. Kani wydaje się chybiony w obliczu – zawartych w tej samej monografii wieloautorskiej – standardów postępowania w przypadku osób z wadami zgryzu (L. Konopska), dyslalii i ankyloglosji (B. Ostapiuk), osób po wycięciu nowotworu jamy ustnej (M. Stecewicz, L. Halczy-Kowalik), osób z rozszczepem wargi i podniebienia (D. Pluta-Wojciechowska). Wymienione autorki wyraźnie przedstawiają inne podejście do zaburzeń realizacji fonemów niż J.T. Kania. Niepowiązanie standardu postępowania w przypadku dyslalii, który opracowała Autorka, z opracowaniami podejmującymi problem wad wymowy, które są obecne w tej samej ważnej dla logopedii monografii, skutkuje wiedzą niespójną.

Opisane zjawisko związane z kształceniem w zakresie dyslalii napawa troską i refleksją. Przedstawiam zatem postulat rzetelnego przygotowania przyszłych logopedów do zawodu, co oznacza obecność w kształceniu dwu odmiennych modeli diagnozy i terapii dyslalii. To ważne zadanie wykładowcy, który – mając prawo do własnych ocen i poglądów, także krytycznych – powinien zapoznawać studentów z faktycznym stanem wiedzy na temat zaburzeń wymowy.

Wiedza ta stanie się narzędziem poznawczym, które pozwoli logopedom na wybór własnej drogi postępowania w przypadku zaburzeń realizacji fonemów.

Wiem też – jako badacz dyslalii od ponad dwudziestu i praktyk od ponad trzydziestu lat – że nasza wiedza na temat wad wymowy nie jest wyczerpująca, co wiąże się z niepełną wiedzą na temat czynników kształtujących fonem i głoskę w ontogenezie. Należy się spodziewać, że w obliczu stale zmieniającej się wiedzy w medycynie, psychologii i lingwistyce również logopedia, w tym orofacjologopedia, będzie nadal podlegać transformacji. Jeśli nowe pokolenie ma przejąć ster rozwoju polskiej logopedii, to należy mu dostarczać narzędzi do rozwijania własnego myślenia i prowadzenia badań. Oznacza to m.in. konieczność zapoznania z dokonanym i dokonującym się przeobrażaniem diagnozy i terapii wad wymowy.

PODSUMOWANIE

Logopedia jest stosunkowo młodą dyscypliną, która rozwija się w sposób dynamiczny. Naturalną cechą konstytuujących swoją tożsamość dyscyplin jest budowanie systemu pojęć, które mają służyć nauce i praktyce. Ważne, aby terminy logopedyczne tworzyli logopedzi, którzy mają z nich korzystać. Wszak oni są w stanie dostrzec faktyczne problemy, jakie niesie z jednej strony praktyka logopedyczna, z drugiej zaś związana z nią refleksja naukowa. Dla logopedii formułowanie jasno zdefiniowanych pojęć jest tym bardziej ważne, że wiąże się z kryształizowaniem się miejsca logopedii jako nauki w przestrzeni epistemologicznej (Pluta-Wojciechowska 2019, s. 21–37). Na problem ten zwraca także uwagę M. Michalik, który rozważa miejsce logopedii wśród innych nauk, korzystając z pojęć „interdyscyplinarność” i „transdyscyplinarność” (zob. Michalik 2015).

Celem przygotowanego opracowania było przedstawienie motywacji, jakie skłoniły mnie do zaproponowania nazwy dla pewnej kategorii zaburzeń realizacji fonemów, którymi – jako praktyk i naukowiec – zajmuję się od kilkudziesięciu lat. Są to zaburzenia realizacji fonemów określane jako dyslalia anatomiczna i/lub funkcjonalna, jeśli przyjmujemy propozycję jednostek nozologicznych H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozy (1997; Emiluta-Roza 2012). W publikacji opisałam przedmiot orofacjologopedii, który może być ujmowany w sposób wąski i szeroki, jeśli zaliczyć do przedmiotu zainteresowań tej subdyscypliny logopedii także np. zaburzenia u osób z rozszczepem wargi i/lub podniebienia czy po częściowej resekcji języka. Problem zakresu przedmiotu orofacjologopedii pozostawiam otwarty. Być może należy ująć orofacjologopedię w sposób szeroki i wyodrębnić subkategorie.

Jestem przekonana, że nazwanie skądinąd znanego z praktyki i jakże popularnego zaburzenia, jakim jest dyslalia anatomiczna i/lub funkcjonalna, przyczyni się do większego zainteresowania się tym wycinkiem pracy logopedy oraz zachęci naukowców i dydaktyków do uwzględnienia odpowiednich treści kształcenia na studiach logopedycznych.

BIBLIOGRAFIA

- Bednarek P., 2019, *Dysertacje doktorskie o tematyce logopedycznej w wybranych uczelniach wyższych w Polsce*, Praca magisterska napisana pod kierunkiem dr hab. prof. UŁ D. Pluty-Wojciechowskiej, Łódź.
- Demel G., 1978, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa.
- Emiluta-Rożyca D., 2012, *Formy zaburzeń mowy*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 73–87.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia”, t. 10, s. 3–20.
- Grabias S., 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnostyka, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia”, nr 37, s. 13–27.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin.
- Grudziąż-Sękowska J., Olczak-Kowalczyk D., Zadurska M., 2018, *Algorytm wczesnej diagnostyki wysokiego ryzyka wystąpienia wad wymowy u dzieci*, „Forum Ortodontyczne”, 14, s. 119–129.
- Hiiemae K.M., Palmer J.B., 2003, Tongue movements in feeding and speech, “Critical Reviews in Oral Biology & Medicine”, 14 (6), s. 413–429.
- Hołówka T., 1986, *Myslenie potoczne. Heterogeniczność zdrowego rozsądku*, Warszawa.
- Kania J.T., 2001, *Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji*, „Biuletyn Fonograficzny” 1967, 8, Przedruk J.T. Kania, *Szkice logopedyczne*, Lublin, s. 175–192.
- Kaczmarek L., 1988, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin.
- Kaczmarek L. (red.), 1981, *Program studiów logopedycznych*, Lublin.
- Kania J.T., 1975, *Podstawy językoznawczej klasyfikacji zaburzeń mowy*, „Język polski”, 55, 1975, Przedruk J.T. Kania, *Szkice logopedyczne*, Lublin, s. 11–30.
- Konopska L., 2015, *Desonoryzacja w dyslalii. Analiza artykulacyjna, akustyczna i audytywna*, Szczecin.
- Konopska L., 2002, *Jakość wymowy u osób z wadą zgryzu*, „Logopedia”, 31, s. 157–198.
- Konopska L., 2006, *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*, Szczecin.
- Kurcz I., 2000, *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa.
- Krzeszewski T.K., 1988, *Wstęp*, [w:] G. Lakoff, M. Johnson, *Metafory w naszym życiu*, Warszawa.
- Langacker R., 1995, *Wykłady z gramatyki kognitywnej, Kazimierz nad Wisłą, grudzień 1993*, Lublin.
- Lorenc A., 2016, *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*, Warszawa.
- Łuszczuk M., 2012, *Realizacja systemu fonologicznego polszczyzny u dzieci z zaburzeniami artykulacji szeregów dentalizowanych przy zastosowaniu terapii z wykorzystaniem trenera Myo T4K*, Rozprawa doktorska napisana w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego pod kierunkiem dr hab. T. Woźniaka, prof. nadzw. UMCS, Lublin.
- Malicka I., 2014, *Wstępne podsumowanie badań zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym z dysfunkcją fazy połykania i oddychania*, „Logopedia Silesiana”, t. 3, Katowice, s. 241–249.
- Malicka I., 2019, *Dysfunkcje oddychania i połykania jako przyczyny zaburzeń mowy dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym*, Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. prof. UŚ D. Pluty-Wojciechowskiej, Katowice.
- Michalik M., 2015, *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, [w:] *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 32–46.

- Michalak-Widera I., 2004, *O przeprowadzonych badaniach logopedycznych, czyli raport o stanie mowy uczniów jednej z katowickich szkół*, „Śląskie Wiadomości Logopedyczne”, nr 6, s. 24–28.
- Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D., 1997, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia”, t. 10, s. 37–48.
- Milewski S., 2014, [w:] *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*, red. M. Michalik, Seria „Nowa logopedia”, t. V, Kraków.
- Ostapiuk B., 2015, *Postępowanie logopedyczne u osób z dyslalią i ankyloglosją*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Podręcznik akademicki, Lublin, s. 655–685.
- Ostapiuk B., 2013, *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidelku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*, Szczecin.
- Ostapiuk B., 2015, *Postępowanie logopedyczne u osób z dyslalią i ankyloglosją*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Podręcznik akademicki, Lublin, s. 655–685.
- Pluta-Wojciechowska D., 2002, *Realizacja fonemu [t] ze względu na miejsce artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego*, „Logopedia”, 30, s. 115–130.
- Pluta-Wojciechowska D., 2008, *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*, wyd. 2 popr. i poszerz., Bytom.
- Pluta-Wojciechowska D., 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków.
- Pluta-Wojciechowska D., 2014a, *Gerontologopedia – oryginalna perspektywa refleksji naukowej i kształcenia logopedycznego*, [w:] *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*, red. M. Michalik, Seria „Nowa logopedia”, t. V, Kraków, s. 27–39.
- Pluta-Wojciechowska D., 2014b, *Gerontologopedia*, „Forum logopedyczne”, nr 22, s. 9–13.
- Pluta-Wojciechowska D., 2015, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom.
- Rodak H., 1992, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa, s. 35–36.
- Rosch E., 1977, *Human Categorizations*, [w:] *Studies in Cross – Cultural Psychology*, vol. 1, ed. N. Warren, Londyn, s. 1–49.
- Rosch E., 1978, *Principles of categorization*, [w:] *Cognition and categorization*, ed. E. Rosch, B. Llund, New Jersey, s. 27–48.
- Serrurier A., Badin P., Barney A., Boë L.-J., Savariaux C., 2012, *Comparative articulatory modeling of the tongue in speech and feeding*, „Journal of Phonetics”, (40), 6, s. 745–763.
- Sambor B., 2015, *Zaburzone wzorce połykania i pozycji spoczynkowej języka a budowa artykulacyjna głoskowych realizacji fonemów u osób dorosłych*, „Logopedia”, 43, s. 149–188.
- Sambor B., 2016, *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Logopedyczne badanie młodych adeptów sztuki aktorskiej*, [w:] *Logopedia artystyczna*, red. B. Kamińska, S. Milewski, Gdańsk, s. 460–485.
- Sambor B., 2017, *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych u młodych adeptów sztuki teatralnej*, Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. prof. UŚ D. Pluty-Wojciechowskiej, Katowice.
- Sołtys-Chmielowiec A., 1997, *Klasyfikacje dyslalii*, „Audiofonologia”, X, s. 111–116.
- Stasiak J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku dyslalii*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Podręcznik akademicki, Lublin, s. 227–236.
- Tłokiński J., Milewski S., Kaczorowska-Bray K., 2018, *Gerontologopedia*, Gdańsk.
- Taylor J.R., 2001, *Kategoryzacja w języku. Prototypy w teorii językoznawczej*, przeł. A. Skucińska, Kraków.
- Węsierska K., 2013, *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka – diagnoza – terapia*, Toruń.